FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 52

DE

L'HYGROMA AIGU SUPPURÉ

DE LA

BOURSE SÉREUSE SOUS-DELTOÏDIENNE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 MAI 1887

PAR

Jean-Marie-Hyppolite BESNARD

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Châteauneuf-en-Bretagne (Ille-et-Vilaine), le 13 Mars 1857

Noms des Examinateurs	MASSE, Professeur,	*Président.*
	LANELONGUE, Professeur,	*Juges.*
	BOURSIER, Agrégé,	
	PLANTEAU, Agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 52

DE

L'HYGROMA AIGU SUPPURÉ

DE LA

BOURSE SÉREUSE SOUS-DELTOÏDIENNE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 MAI 1887

PAR

Jean-Marie-Hyppolite BESNARD

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Châteauneuf-en-Bretagne (Ille-et-Vilaine), le 13 Mars 1857

Noms des Examinateurs

MASSE, Professeur,	*Président.*
LANELONGUE, Professeur,	*Juges.*
BOURSIER, Agrégé,	*Juges.*
PLANTEAU, Agrégé,	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }
MICÉ..... }

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DUDON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	N.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. BITOT. | Maladies mentales... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA SŒUR

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MASSE

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux.

A MON COLLÈGUE ET AMI

M. LE DOCTEUR GEORGES BONAIN

INTRODUCTION

L'hygroma aigu suppuré des bourses séreuses en général, est une affection assez fréquente, surtout celui des bourses prérotulienne et olécrânienne. Ainsi, à l'hôpital maritime de Brest, il existe une quantité très considérable d'observations de cette affection dans les salles de clinique chirurgicale, principalement à la salle 15, salle des mousses de l'*Austerlitz*. Cette fréquence est beaucoup moins grande pour la bourse séreuse sous-deltoïdienne et on peut dire que cette affection est très rare. A l'appui de cette opinion, je citerai l'avis de Gosselin qui la considère comme une lésion peu commune, et je ferai remarquer que M. Gouzer, dans sa thèse inaugurale, sur la suppuration des bourses séreuses, ne la mentionne même pas.

Pendant les mois d'octobre et de novembre derniers, il

m'a été donné de suivre de très près un cas d'hygroma aigu suppuré de cette bourse. C'est après avoir vu la difficulté de son diagnostic avec certaines autres lésions occupant à peu près le même siège, présentant des symptômes presque identiques, mais n'étant nullement passives du même traitement; c'est après avoir vu combien son pronostic pouvait devenir grave, que j'ai résolu de choisir comme thèse inaugurale l'exposé des symptômes que j'ai observés, en faisant ressortir les principaux signes qui peuvent servir de base à un diagnostic rationnel, et en indiquant le traitement qui m'a paru le plus efficace.

DE

L'HYGROMA AIGU SUPPURÉ

DE LA

BOURSE SÉREUSE SOUS-DELTOÏDIENNE

CHAPITRE PREMIER

Observation I

M. B..., aide-médecin de la marine, est âgé de vingt-trois ans. Il entre le 15 octobre 1886 à l'hôpital maritime de Brest avec le diagnostic : « Rhumatisme articulaire de l'épaule gauche. »

Comme antécédents héréditaires, il ne présente rien de particulier. Il a été porteur, dans le courant du mois de septembre, de deux gros furoncles qui ont siégé sur la face externe de la cuisse droite. En outre, il a vu se développer, il y a quinze jours environ, un troisième furoncle situé à la région postéro-latérale droite du cou, au niveau de la troisième vertèbre cervicale,

furoncle qui a été ouvert au bistouri et dont la guérison est actuellement à peu près complète.

Le début de l'affection pour laquelle il entre actuellement à l'hôpital date de cinq jours. La douleur a d'abord été légère ; c'était plutôt de la gêne dans les mouvements de l'articulation scapulo-humérale gauche, un peu de lourdeur du bras, mais pas de douleurs pongitives ni lancinantes. Après quarante-huit heures seulement, la douleur a commencé à s'accentuer et M. B... s'est aperçu du gonflement de son épaule. A partir du troisième jour, douleur très aiguë, se faisant sentir profondément.

Actuellement, on constate du gonflement, de la tuméfaction et de la rougeur de l'épaule, de l'impossibilité presque absolue de tous les mouvements de l'articulation et principalement de celui d'abduction. Le malade ne peut dormir à cause de la douleur. L'appétit est très faible. Langue saburrale. Le pouls est à 96. Temp. 15 octobre, matin, 38° ; soir, 38° 8. Pas de selles depuis trois jours.

On prescrit 40 gr. d'eau-de-vie allemande pour demain matin ; on fait au niveau de l'articulation un badigeonnage iodé et on entoure la région d'une couche épaisse de ouate.

16 octobre. — Temp., M., 37° 8 ; S., 38° 4. Pouls, 100. On pratique la mensuration des deux côtés dans le creux de l'aisselle. Pour cela, on prend comme point de repère l'extrémité externe de l'acromion, et à quatre centimètres au-dessous de ce point, on circonscrit chaque bras avec un ruban métrique. Du côté malade, on trouve 44 centimètres de pourtour et 41 du côté sain. La douleur est très vive, l'épaule de plus en plus tendue et gonflée. On donne une potion avec 4 grammes de salicylate de soude et une potion calmante pour la nuit. Sous l'action du purgatif, il y a eu des selles abondantes.

17 octobre. — Temp. : M. 38° ; S. 39°2.

Un peu de sommeil pendant la nuit, mais un sommeil agité, troublé de rêvasseries. Une légère diarrhée se déclare. L'anoréxie est toujours complète. Le malade est un peu abattu.

Le 18 et le 19, même état du malade. La température se maintient à 39° le matin et 39°5 le soir. Les douleurs lancinantes sont

devenues extrêmement vives; ni le chloral, ni l'opium ne peuvent plus procurer de sommeil. Quelques vomissements dans la nuit du 18. Le malade avait eu dans la soirée un peu de délire.

Le 19, à la contre-visite, M. Barthélemy, directeur du service de santé, qui avait déjà vu le malade avec M. le professeur de clinique médicale Nielly et qui, guidé par la marche de la température et par les symptômes présentés par M. B..., avait songé à écarter le diagnostic de rhumastisme, pensa qu'ils avaient affaire plutôt à un hygroma aigu de la bourse séreuse sous-deltoïdienne et immédiatement le malade fut évacué sur le service de M. Cras, professeur de clinique chirurgicale.

20 octobre. — Temp. : M. 38°6 ; S. 39°.

Même état de l'articulation. A la palpation, M. Cras perçoit de la fluctuation bien manifeste dans une zone assez considérable. Cette fluctuation est profonde et fait prévoir que le liquide n'est pas situé dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais qu'il est sous-musculaire. On constate aussi une adénite peu prononcée des ganglions axillaires gauches et une traînée rouge de lymphangite réticulaire située sur la face postérieure du cou.

L'état général devient alarmant. La diarrhée et les vomissements, déclarés depuis deux jours, persistent et augmentent d'intensité. Le malade n'a pris aucun aliment depuis son entrée à l'hôpital.

21 octobre. — La nuit a été mauvaise : délire continuel, la température est à 39° 4, le pouls à 104 ; la douleur est excessivement vive. Une vingtaine de selles liquides et très fétides depuis hier soir ; vomissements bilieux incoercibles; pendant la nuit, deux épistaxis assez abondantes ; sueurs froides recouvrant le front ; quelques petits frissons répétés.

L'examen de la région malade fait reconnaître que la fluctuation a gagné la paroi thoracique et qu'elle occupe un espace assez étendu à la partie externe de la fosse sous-claviculaire, au devant du creux de l'aisselle. Cette région fluctuante, d'un rayon de quatre à cinq centimètres, est entourée d'une zone indurée qui s'étend assez loin en arrière de l'épaule et en avant

vers le mamelon. A son niveau, on remarque que les veines sous-cutanées sont un peu dilatées.

On injecte un centigramme de cocaïne et on pratique une incision longitudinale pour donner issue au liquide dont la fluctuation a manifesté la présence. Cette incision mesure cinq à six centimètres ; elle est située un peu en dehors de la ligne pectoro-deltoïdienne sur la face antérieure du bras. Par cette incision, l'opérateur introduit l'index droit et il reconnaît l'existence d'une sorte de poche résistante. Avec la sonde cannelée il ouvre cette poche en l'éraillant et il voit s'écouler le long de la cannelure un filet de pus. Il fait alors avec le bistouri et sur la sonde une incision égale à peu près à celle des téguments et il donne issue à cent cinquante grammes environ d'un pus épais et mélangé de petits filets de sang. Il lie une petite artériole qui donne sur les bords de la plaie et il introduit deux tubes à drainage. L'un, plus court, est dirigé en arrière, il contourne la face externe de l'humérus; l'autre est dirigé en dedans, il a une longueur de dix centimètres environ et il longe la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

On fait un pansement phéniqué et iodoformé et on exerce, au moyen de ouate phéniquée et d'une bande en caoutchouc, de la compression au niveau du creux sous-claviculaire.

22 octobre. — La nuit a été assez bonne. La douleur a beaucoup diminué ; la température est à 38° ; les vomissements ont cessé ; encore de la diarrhée.

On renouvelle le pansement; il s'est écoulé une quantité considérable de pus qui a souillé, non-seulement les pièces du pansement, mais encore la couverture et le coussin sur lequel repose le bras. Le foyer se vide très bien. A cause de l'intolérance de l'estomac, on administre contre la fièvre un lavement avec 0 gr. 75 de sulfate de quinine.

23 octobre. — Temp. : M. 37°5 ; S. 37°2. La diarrhée persiste. L'appétit semble un peu revenir.

24 octobre. — On renouvelle le pansement. La suppuration commence à diminuer. L'état général devient meilleur. La diarrhée disparaît; pas de fièvre.

26 octobre. — La plaie a très-bon aspect; on enlève le drain postérieur.

1er novembre. — On renouvelle le pansement tous les trois jours, en raccourcissant chaque fois le drain qui reste. L'état général est excellent.

14 novembre. — On enlève définitivement le drain.

18 novembre. — On remplace le pansement phéniqué par un pansement au diachylon ; la cicatrisation de la plaie est presque complète.

23 novembre. — Exeat. Complètement guéri.

Il existe un peu d'atrophie du deltoïde, et, au lieu de la saillie habituelle que présente ce muscle, il existe une sorte de cavité, au fond de laquelle se trouve la cicatrice.

Observation II

L... W.. entre à l'hôpital maritime de Brest, le 4décembre 1865, avec le diagnostic : « Douleur profonde à l'épaule gauche. »

Il est caporal d'infanterie de marine, est né à Sedan, et est âgé de vingt ans. Il y a un mois environ, par mesure disciplinaire, il a été renvoyé de l'Ecole militaire de Saint-Cyr, et la douleur qu'il en a ressentie a été très vive.

Il y a huit jours, il a commencé à se plaindre de douleurs peu vives dans l'épaule gauche. Il a été exempté de service. Mais ses douleurs, augmentant de jour en jour, ont nécessité son envoi à l'hôpital.

Comme antécédents, tant morbides qu'héréditaires, W... ne possède rien de particulier. Il a joui jusqu'à présent d'une santé excellente, mais la pâleur de son visage, ses traits tirés, son nez commençant à s'effiler, ses yeux excavés et entourés d'un cercle noirâtre et déjà un certain degré d'amaigrissement, sont des

signes non équivoques de quelque affection grave, qui ne va pas tarder à se déclarer bientôt d'une façon bruyante.

L'examen de la région douloureuse présente les symptômes suivants : douleur très vive à la pression; gonflement considérable; gêne des mouvements de l'articulation scapulo-humérale et de celle du coude; empâtement, mais pas de douleurs lancinantes, pas de fluctuation. On applique des sangsues au niveau du deltoïde et on prescrit au malade une potion calmante pour la nuit.

5 décembre. — La nuit a été très mauvaise; les douleurs empêchent tout sommeil; du délire ce matin; rougeur et chaleur de la région douloureuse. Temp., 39°2; pouls, 10°2.

Soir. — Le malade a eu des vomissements répétés, un peu de diarrhée et plusieurs petits frissons à intervalle très rapproché. Temp., 40°4.

6 décembre. — A la palpation on croit trouver de la fluctuation sous le deltoïde. On fait une incision assez longue au niveau de la partie antérieure de ce muscle. Il sort quelques gouttes de sang, mais pas de pus. Temp., 40°3.

Soir. — L'état du malade est devenu très alarmant. Délire, agitation continuelle, saignement de nez, vomissements très abondants. Une seconde incision est pratiquée en dehors, à la partie externe du deltoïde, mais sans donner le résultat que l'on attendait.

7 décembre. — Le malade a passé la nuit dans le coma; quelques convulsions ce matin. Temp., 40°5. Le pouls est fréquent, petit, filiforme.

8 décembre. — Le malade expire à neuf heures du matin.

Autopsie. — Pratiquée 28 heures après la mort.

Habitus extérieur, — Pâleur de la face, commencement d'amaigrissement; rigidité cadavérique bien prononcée. Traces de sangsues à la partie supérieure du bras gauche. Ce bras est le siège d'une tuméfaction considérable: on y remarque deux incisions, l'une en avant, l'autre en arrière.

Un bistouri est enfoncé très profondément dans l'incision antérieure, que l'on prolonge en longueur et en profondeur. On fait ainsi écouler presque un demi-litre d'un pus épais, crémeux, couleur café au lait. La poche qui contient le pus est énorme ; elle est située sous le deltoïde et le triceps brachial et elle fait presque le tour complet de l'humérus. Celui-ci, rugueux au toucher, est le siège d'un commencement de carie ; il est dépouillé de son périoste sur une étendue de quatre à cinq centimètres. L'articulation scapulo-humérale, ainsi que celle du coude, sont le siège d'une légère inflammation.

Cavité thoracique. — Le péricarde contient environ 60 grammes d'une sérosité citrine. Le sommet du poumon est le siège d'une hépatisation peu avancée et il ne contient pas de pus.

Cavité abdominale. — Le foie est décoloré et présente quelques petits foyers purulents. Le tissu de la rate est un peu dur : les intestins contiennent beaucoup de gaz. Les autres organes sont normaux.

Cavité crânienne. — N'a pas été ouverte.

Observation III.

J... D... est âgé de trente-deux ans : il est ouvrier à l'arsenal maritime de Brest. Il y a six jours, dans une rixe, il a été renversé sur un trottoir. Dans sa chute, son épaule droite a frappé contre le rebord de ce trottoir et il en est résulté une contusion violente de l'épaule. Le repos et l'application de compresses trempées dans l'alcool camphré ont fait disparaître l'ecchymose ; mais depuis hier le malade ressent une douleur très vive vers les parties profondes. Ne pouvant reprendre son travail, il s'est décidé à entrer à l'hôpital aujourd'hui 12 août 1871.

On a constaté à son entrée à l'hôpital : de la rougeur, de la tuméfaction et de la chaleur de l'épaule droite. Il se plaint de

ressentir des douleurs lancinantes très vives, qui l'empêchent de dormir.

Langue saburrale. Céphalalgie et fièvre.

13 août. — L'application d'un cataplasme fortement laudanisé a calmé un peu la douleur. Le malade n'a pas eu de selles depuis quarante-huit heures ; on lui donne 30 gr. d'huile de ricin.

14 août. - Selles abondantes sous l'action du purgatif. Les mouvements de l'articulation de l'épaule droite sont devenus impossibles. La région est très gonflée, la pression développe au niveau de la partie tuméfiée une douleur excessivement vive. A la palpation on croit reconnaître de la fluctuation. On continue à appliquer au niveau du deltoïde un cataplasme laudanisé, après avoir fait une onction avec la pommade mercurielle.

15 août. — La fluctuation est manifeste, mais le pus semble profond. Les ganglions de l'aisselle sont fortement engorgés. Le malade a eu un peu de délire cette nuit. Temp., 39°8 ; Pouls, 114.

Soir. — On fait, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice : celle-ci dénote l'existence du pus. Alors avec le bistouri on fait une longue incision longitudinale à l'union de la portion antérieure avec la portion moyenne du deltoïde et on donne issue à 50 gr. environ d'un pus épais et teinté de sang.

17 août. — Peu de pus dans le pansement. Le gonflement a presque complètement disparu. Plus de fièvre.

21 août. — Plus de suppuration. La cicatrisation de l'incision commence.

29 août. — Le malade sort guéri.

Observation IV

Recueillie à l'hôpital de Dakar, par M. N...

L... R... est âgé de vingt-neuf ans ; il est né à Carhaix (Finistère). Il est quartier-maître à bord de la *Mésange*. Avant-hier, 24 novembre 1885, il a fait une chute étant en état d'ivresse.

Dans sa chute, son épaule gauche est venue frapper contre une tige en fer. Il a aussitôt ressenti une douleur assez vive, et il a vu survenir un gonflement considérable qui l'ont déterminé à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate les signes suivants : l'épaule gauche est gonflée; il existe un peu d'ecchymose. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont douloureux, mais, néanmoins, s'exécutent avec assez de facilité. On ne sent pas la tête humérale dans l'aisselle, ni en avant sous la clavicule. La longueur du bras, comparée à celle de l'autre côté, est normale. On ne sent pas de crépitation, il n'existe ni déformation bien sensible du membre, ni attitude spéciale, ni mobilité anormale; en un mot, il n'existe aucun des symptômes principaux d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, ni d'une luxation de l'épaule. On pense donc avoir affaire à une forte contusion et on applique des compresses résolutives sur la région ecchymosée.

L... R... a déjà fait à l'hôpital de Brest plusieurs séjours pour fièvre intermittente contractée à Madagascar en 1882, mais les accès ont disparu depuis huit mois environ. Il présente des symptômes non équivoques d'alcoolisme chronique; ses artères sont sinueuses, elles roulent sous le doigt; il a l'air plus âgé qu'il ne l'est en réalité et il a surtout le tremblement alcoolique très prononcé. Il avoue d'ailleurs ses habitudes d'ivresse; il boit chaque jour plusieurs litres de vin et 150 ou 200 gr. au moins d'eau-de-vie.

25 novembre. — Le malade a passé une assez bonne nuit. La douleur a été relativement peu vive, l'ecchymose tend à disparaître; le gonflement persiste; les mouvements de l'articulation deviennent plus douloureux. Application d'un cataplasme laudanisé sur l'épaule.

26 novembre. — Rien de bien grave dans l'état du malade. Il dort un peu la nuit; il a conservé un peu d'appétit; pas de fièvre.

27 novembre. — Le malade se plaint d'une douleur sourde et profonde au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche. Temp. du soir, 37°8.

28 novembre. — Le malade n'a pas dormi cette nuit. Il a eu plusieurs petits frissons. La douleur devient très vive; les mouvements de l'articulation sont presque impossibles; la région est chaude, un peu rouge. La langue est suburrale. Le pouls est à 90°, la température à 38°3.

Soir.— Temp., 39°4. Les frissons ont cessé, un peu de diarrhée.

29 novembre. — Temp., 39°5; pouls, 104. L'état général du malade devient de plus en plus grave; il souffre toujours beaucoup; l'épaule devient très tuméfiée ; à la palpation on croit reconnaître de la fluctuation sous le deltoïde, mais celle-ci est très profonde et peu manifeste. Selles très nombreuses, vomissements bilieux; le malade ne peut conserver aucun aliment.

30 novembre. — Grande agitation et délire pendant toute la nuit; le malade voulait se lever et sortir de la salle. Les vomissements continuent. La fluctuation est devenue plus évidente. On se décide à pratiquer au travers du deltoïde une ponction avec l'aspirateur Potin. Temp., 40°3; Pouls, 120.

L'opération est suivie de succès : il s'écoule 80 gram. environ d'un pus sanguinolent. On ne fait aucune injection à l'intérieur de la cavité qui contenait le pus. On fait un pansement compressif avec de la ouate phéniquée et une bande en caoutchouc.

Soir. — Le malade se trouve mieux; ses vomissements sont moins fréquents. La fièvre est moins forte, la température a baissé de 1 degré au moins.

1er décembre. — Temp., 39°. Le malade a un peu dormi cette nuit; plus de délire; on renouvelle le pansement phéniqué. On introduit une petite mèche de charpie dans le trou fait par l'aiguille que l'on a agrandi par une ponction au bistouri. Très peu de pus sur les pièces du pansement. On applique de nouveau un pansement phéniqué compressif.

2 décembre. — Le malade est dans le même état. La température se maintient à 39°; la diarrhée persiste. On renouvelle le pansement.

3 décembre. — Le malade a présenté cette nuit de nouveaux symptômes graves : céphalalgie très forte, agitation et délire;

une épistaxis assez abondante; vomissements répétés. La température est montée à 40°; le pouls est petit, très fréquent.

L'examen attentif de l'épaule gauche dénote un gonflement plus considérable que les jours précédents. Chaleur et empâtement de la région. La fluctuation que l'on reconnait facilement a surtout gagné la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

On fait avec le bistouri une longue incision de plusieurs centimètres de profondeur à la partie interne et supérieure de l'épaule. Il sort une quantité très considérable d'un pus liquide.

4 décembre. — Le malade est toujours dans un état très grave; il ne répond plus aux questions qu'on lui pose. La respiration est saccadée, très fréquente. On ne peut plus compter le pouls.

5 décembre. — Coma et mort à trois heures et demie du matin.

Autopsie. — Autopsie du nommé L. R..., quartier-maître (*Mésange*), décédé à l'âge de vingt-neuf ans, le 5 novembre 1885, à trois heures et demie du matin, à l'hôpital de Dakar, d'un abcès profond situé sous le deltoïde gauche; autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Habitus extérieur. — Rigidité cadavérique. Commencement d'amaigrissement. Incision verticale au niveau du deltoïde, présentant une longueur de trois centimètres et une profondeur très considérable. Deux autres incisions sont pratiquées; elles partent de cette première et elles se dirigent l'une en dehors pour gagner la région postérieure de l'épaule, l'autre en haut et en dedans vers le creux de l'aisselle. De cette façon, on arrive jusque sur la face profonde du deltoïde; il existe une sorte de cavité très vaste. La capsule de l'articulation scapulo-humérale est perforée dans plusieurs endroits et le pus a pénétré dans l'intérieur de l'articulation. Le cartilage d'encroutement de la tête humérale et celui de la cavité glénoïde commencent à s'exfolier; le périoste est détruit et l'os est à nu sur toute la partie supérieure de l'humérus. La cavité qui contenait le pus s'étend très loin en dedans sur la paroi antérieure du creux de l'aisselle et en arrière de l'épaule sous les muscles qui s'insèrent à la grosse tubérosité de l'humérus.

Cavité thoracique. — Les poumons sont fortement congestionnés, surtout vers leur base. Le poumon droit contient vers sa partie moyenne quelques petits foyers purulents. Le péricarde contient 20 grammes environ d'un liquide citrin. Le cœur contient de gros caillots de sang.

Cavité abdominale. — Le foie est considérablement augmenté de volume. Ainsi son diamètre vertical, au lieu de présenter une longueur de 13 centimètres, en présente une de 16 à 17 ; son diamère transversal mesure 35 centimètres. Son poids est de 2130 grammes. La rate est molle; elle pèse 110 grammes. Le rein gauche présente quelques petits foyers purulents. Les intestins contiennent beaucoup de gaz. Ils ne présentent rien d'anormal par ailleurs.

Cavité crânienne. — Les méninges sont fortement injectées ; pas de foyer hémorrhagique ni purulent.

CHAPITRE II

Anatomie de la région du moignon de l'épaule.

Afin de pouvoir donner d'une façon exacte les limites de la bourse séreuse sous-deltoïdienne et ses rapports avec les tissus voisins, j'ai disséqué cette région sur plusieurs cadavres et ensuite j'y ai injecté un liquide coagulant, dont je donne plus bas la composition. Voici la façon dont j'ai procédé et les résultats que j'ai obtenus :

Après avoir disséqué la peau et le tissu cellulaire et avoir mis à nu la surface extérieure du deltoïde sur toute son étendue, j'ai incisé l'insertion inférieure de ce muscle en le détachant de l'humérus et je l'ai relevé en haut. Sous cette face profonde du deltoïde, j'ai d'abord trouvé du tissu cellulaire lâche. Dans ce tissu cellulaire existe, d'après les auteurs, une bourse séreuse d'une capacité assez grande, puisque Tillaux dit qu'on peut y injecter trente grammes de liquide environ à l'état normal. Cette bourse sert à favoriser les contractions du deltoïde et à adoucir les frottements de ce mus-

cle sur la capsule de l'articulation. Après avoir reconnu l'existence de cette poche sur les trois cadavres chez lesquels j'ai disséqué l'épaule, j'y ai injecté une solution composée de carmin, de graisse de mouton, de cire et d'huile de térébenthine. Dans l'une, j'ai pu injecter jusqu'à quarante-cinq grammes au moins de la solution, mais il est vrai que j'avais dans ce cas affaire à un cadavre d'une forte constitution et dont le système musculaire était bien développé.

J'ai de plus constaté que le tissu cellulaire qui l'environnait était en continuité directe avec deux autres bourses séreuses ; l'une sus-coracoïdienne, qui n'existe pas toujours d'après Tillaux, et l'autre sus-épineuse. Ce tissu cellulaire se continue avec celui qui est situé sous la face profonde des deux pectoraux en dedans et en arrière avec celui qui entoure les muscles qui viennent s'insérer sur la grosse tubérosité de l'humérus. Si donc, le pus, par suite de sa production trop abondante, tend à sortir de la bourse séreuse trop étroite pour le contenir, il fusera évidemment dans ces deux directions. Les rapports de continuité de la bourse séreuse sous-deltoïdienne et de celle du sus-épineux sont si intimes, que, d'après Richet, les abcès de cette dernière suivent ordinairement cette voie pour venir sourdre au dehors. Ainsi, cet auteur cite un cas dans lequel le pus, parti de la bourse du sus-épineux, vint soulever le deltoïde et ensuite faire jour spontanément à la partie moyenne de ce muscle.

J'insisterai maintenant sur la disposition particulière des fibres du deltoïde. Ces fibres, comme il a été démontré par tous les anatomistes, sont séparées par des travées fibreuses assez larges occupant toute l'épaisseur du muscle et formant des sortes de digitations qui s'étendent de l'empreinte deltoïdienne aux insertions supérieures à la clavicule, à l'acromion et à l'épine de l'omoplate. Or, s'il se forme une

collection purulente sous la face profonde du deltoïde, le pus, en suivant ces espaces, pourra fuser et venir faire saillie sous la peau, qu'il ne tardera pas à perforer. Si, au contraire, il est situé plus profondément, tout près de l'os, les parois de la bourse séreuse, que l'irritation inflammatoire aura considérablement hypertrophiées, lui formeront une sorte de barrière difficile à franchir, et alors il n'aura d'autres voies à suivre que celle des espaces cellulaires et séreux sous-pectoraux et sus-épineux que j'ai décrits plus haut.

Pour donner une description un peu complète de la région, il me resterait à faire celle de la capsule articulaire, celle de la tête humérale et de la cavité glénoïde mais cette description a été faite depuis longtemps avec trop de fidélité et de clarté pour que j'essaie de l'entreprendre. Il serait de même superflu de donner le trajet de l'artère circonflexe postérieure, ainsi que celui du nerf circonflexe; toutefois, il me semble important de faire remarquer dès maintenant que le chirurgien, au moment où il tiendra son bistouri pour pratiquer dans cette région une incision verticale, comme je l'indiquerai plus tard, devra avoir bien présente à la mémoire la position du nerf et de l'artère. C'est ainsi seulement qu'il évitera une hémorrhagie assez abondante et surtout les suites funestes de la section du nerf, section qui amènerait l'atrophie deltoïdienne complète et par suite l'impossibilité de la plupart des mouvements de l'articulation scapulo-humérale.

CHAPITRE III

Etiologie.

A l'exemple de M. Gouzer, je diviserai les causes de l'hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne en trois groupes : causes locales, indirectes et générales.

1° *Locales.* — Ces causes sont d'abord les traumatismes qui, par des plaies pénétrantes, peuvent mettre la cavité séreuse en communication avec l'air extérieur ; ensuite, les contusions violentes, telles qu'une chute sur l'épaule ou un coup violent porté sur cette partie, et telle a été évidemment la cause de l'hygroma suppuré qui fait le sujet des Observations III et IV. J'ajouterai encore les pressions continues, les frottements violents et prolongés, tout en faisant remarquer que, dans ce cas, l'on verra se développer plutôt un hygroma chronique qu'un hygroma aigu, mais celui-là pourra très facilement devenir purulent. Gosselin cite un cas de ce genre. Il s'agit d'un garçon de ferme qui, régulièrement, une fois par

semaine, allait porter à la ville des paniers assez lourds, qu'il posait sur son épaule gauche et qu'il soutenait de la main droite passée au-dessus de la tête. Il vit, au bout d'un certain temps, se développer un hygroma chronique au niveau de la bourse sus-épineuse.

2° *Indirectes.* — Dans ce groupe, je rangerai les inflammations de voisinage : érysipèle, lymphangile, furoncles, anthrax.

« Il existe, dit Chassaignac, dans son « Traité de la suppuration », à l'article bourse séreuse, une forme particulière de l'inflammation des bourses synoviales, sur laquelle nous devons appeler l'attention; c'est celle que nous désignons sous le nom d'hygroma furonculeux.

« Dans cette forme, c'est le furoncle qui fournit le point de départ de l'hygroma. Mais comment cela se passe-t-il ? Ce n'est point, comme on pourrait le supposer, en perforant la peau, mais par influence du voisinage. Nous pensons que les réseaux lymphatiques sous-jacents au furoncle sont l'intermédiaire à l'aide duquel l'inflammation particulière de la peau, qui constitue le furoncle, se transmet à la bourse séreuse sous-cutanée correspondante. C'est donc par suite d'une angiolencite réticulaire consécutive au développement d'un furoncle que se produirait l'espèce d'hygroma dont nous parlons. Voici un exemple de cette variété d'affection hygromatique. »

Hygroma furonculeux du genou gauche. Large incision. Cataplasme. Guérison.

Estal (Florentin), vingt-deux ans, terrassier, est entré le 9 août 1855 à l'hôpital Lariboisière.

Bonne santé habituelle ; embonpoint conservé. Il y a huit jours, le genou gauche du malade est devenu douloureux et s'est tuméfié sans cause appréciable. Il s'est développé, au niveau de la rotule et à sa partie inférieure, un bouton qui a pris bientôt les caractères d'un furoncle. Dès lors, toute la région du genou a été le siège d'un gonflement très prononcé, puis la marche est devenue difficile, douloureuse.

La tumeur rotulienne examinée avec soin présente, non pas les caractères du furoncle simple, mais du furoncle compliqué d'hygroma suppuré. Et pourtant, il y a tout lieu de croire que la peau et la bourse séreuse sous-cutanée ne sont pas perforées. La partie antérieure du genou présente en même temps une rougeur angiolencitique. Langue pâteuse, saburrale, un peu de dyspepsie. On donne issue au pus par une large incision et on applique des cataplasmes. Tartre stibié en lavage.

11 avril. — La bourse proerotulienne est le siège d'une abondante suppuration. Le pus semble même s'être épanché dans le tissu cellulaire circonvoisin et menace de donner lieu aux accidents du phlegmon par diffusion. (Cataplasmes.)

12. — La bourse sous-cutanée se vide bien. Le genou se désenfle et la diffusion du pus a cessé de faire des progrès.

13. — Toute tuméfaction a disparu, la rougeur angiolencitique et les douleurs sont presque entièrement dissipées : encore un peu de suppuration. Cataplasme.

14. — La plaie est cicatrisée. Exeact.

L'hygroma aigu supposé de M. B... me semble aussi devoir être considéré comme un hygroma furonculeux. Plusieurs considérations me portent à admettre cette étiologie, à laquelle on est forcément amené par exclusion des autres causes déterminantes. En effet, le malade n'avait reçu ni choc ni contusion ; il n'était ni débilité, ni en possession d'une diathèse telle que syphilis, diabète, tuberculose, etc.

De plus, comme je l'ai indiqué, il était porteur, au moment

où s'est déclaré son hygroma, d'un gros furoncle à la région cervicale. L'ouverture n'en avait probablement pas été faite avec assez de longueur ni de profondeur, et le pus n'était pas sorti avec assez de facilité. Ce pus, entraîné par les lymphatiques voisins, avait été transporté vers ceux de l'épaule. Mais comment peut-on expliquer qu'un furoncle, situé du côté droit du cou, ait été cause d'un hygroma dont le siège a été l'épaule gauche ?

Sappey dit, en décrivant les lymphatiques du cou : « Les absorbants, qui naissent des téguments de la partie postérieure du cou, descendent, en se portant un peu en dehors et se réunissent derrière l'épaule aux lymphatiques les plus élevés de la région dorsale, dont ils partagent ensuite le mode de terminaison. Ils offrent cette disposition, fort remarquable assurément, que ceux du côté droit naissent du côté gauche et réciproquement ; de sorte qu'il y a entrecroisement des uns et des autres sur la ligne médiane. »

Maintenant, il me reste à expliquer comment le pus des lymphatiques superficiels de l'épaule gagne ceux de la profondeur, ceux qui sont situés sous le muscle deltoïde, en un mot, comment il arrive à la bourse séreuse. Que l'on se rappelle la disposition des fibres du deltoïde, leur aspect digité et surtout les nombreuses travées fibreuses dont j'ai parlé dans l'anatomie de la région. Que l'on remarque, de plus, qu'il existe dans ces travées des canaux d'un assez fort calibre, servant à mettre en communication directe les lymphatiques superficiels avec les profonds et dont le nombre, d'après Sappey, est très considérable ; et l'on comprendra aisément comment du pus, parti d'un furoncle situé au cou, du côté droit, suive la voie que nous lui avons tracée et comment il développe un hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne du côté gauche.

3° *Générales.* — Les causes de cette nature se rencontrent très peu souvent; cependant, on en trouve quelques exemples. Je veux parler ici de ces états cachectiques qui accompagnent, ou plutôt qui terminent certaines affections générales : syphilis, tuberculose, asthritisme, herpétisme; mais on doit surtout considérer, dans les cas de ce genre, l'état de faiblesse du malade comme favorisant le développement de l'hygroma et, principalement, la grande tendance que celui-ci aura à suppurer. Ainsi, le malade qui fait le sujet de l'Observation II, se trouvant dans un complet abattement et ayant ressenti une douleur morale très vive, était dans des conditions excellentes pour voir immédiatement devenir purulent un hygroma dont la cause primitive avait pu être soit le frottement d'une courroie du sac, soit un léger choc passé inaperçu. De même, pour le malade de l'Observation IV, ses habitudes alcooliques ne faisaient que le prédisposer à voir son hygroma être purulent d'emblée. Mais je ferai remarquer que ces causes, qui forment le troisième groupe, sont surtout occasionnelles et très peu déterminantes.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

C'est principalement, dans ces dernières années, que l'anatomie pathologique des bourses séreuses a été décrite avec exactitude et que leur pathogénie a été le sujet d'études savantes. Deux opinions bien distinctes avaient divisé les auteurs, et ceux-ci avaient formé deux camps bien tranchés : dans l'un, Chassaignac, Robin, Marc-Sée, qui niaient la présence de tout épithelium ; dans l'autre, Cornil et Ranvier qui avaient reconnu, sur la face interne des bourses séreuses, un épithélium pavimenteux. Des travaux récents, entre lesquels je dois citer la thèse de M. Gouzer, qui, dans ses recherches d'anatomie pathologique, avait été aidé par M. le professeur Fontan, ont démontré l'exactitude de l'opinion de Cornil et Ranvier.

Cet épithélium présente deux caractères principaux : il tombe peu d'heures après la mort, ce qui rend son étude difficile, et il ne repose sur aucune membrane élastique basale. La

membrane fibreuse, qui lui est sous-jacente, est remarquable par sa pénurie de fibres élastiques.

C'est aussi depuis peu d'années que l'on a pu expliquer cette tendance qu'a le pus à se propager au tissu cellulaire voisin. Celui-ci, en effet, ne trouve devant lui qu'un endothélium qui ne tarde pas à disparaître et des fibres élastiques, dont le nombre est très peu considérable.

CHAPITRE V

Symptômatologie.

Les symptômes présentés par l'hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne sont absolument identiques à ceux des autres bourses séreuses, celle du genou par exemple.

Ce sont les symptômes d'un abcès en général accompagnés de ceux d'un phlegmon voisin et augmentés d'un état général grave. Je les diviserai en signes rationnels et en signes sensibles.

Signes rationnels. — En premier lieu, je citerai la douleur qui accompagne toute inflammation, toute suppuration. Cette douleur sera plus ou moins vive dès le début de l'affection d'après son étiologie elle-même. Ainsi, que l'on suppose un hygroma aigu suppuré consécutif à une contusion violente, à une chute sur l'épaule, au bout de vingt-quatre heures la douleur aura déjà atteint un degré élevé d'acuité. Si, au con-

traire, la collection purulente est la conséquence de produits septiques apportés par les lymphatiques, l'abcès se formera avec une certaine lenteur, sans provoquer d'abord de bien grandes douleurs et sans avoir un retentissement très marqué sur l'économie en général. Mais, au contraire, lorsque le pus sera déjà collecté en assez grande quantité, qu'il formera une poche assez volumineuse, la compression et l'irritation des filets nerveux voisins et principalement du circonflexe développeront une douleur excessivement aiguë.

Le deuxième signe rationnel est la gêne des mouvements de l'articulation scapulo-humérale et parfois leur abolition à peu près complète. Toutefois, notons que ce sont surtout les mouvements d'abduction, ceux qu'opère le deltoïde, qui sont accompagnés de douleur. De plus, lorsque l'abcès sera très étendu, lorsque le pus aura, comme dans l'Observation II, fusé jusque dans l'articulation du coude, les mouvements de cette articulation elle-même seront douloureux, sinon abolis.

Mais, il n'est même pas besoin d'en arriver à ce degré de développement très considérable, il suffit que l'on se rappelle les rapports de l'abcès avec le tendon de la longue portion du biceps, ses connexions intimes avec ce muscle pour concevoir que, même dès le début ou du moins sitôt que la collution purulente commencera à devenir un peu considérable, les mouvements de l'articulation du coude ne s'effectueront pas sans gêne ni douleur à cause de la compression et des déplacement de la poche par les fibres musculaires ou tendineuses.

Signes sensibles. — Comme signes sensibles, j'aurai surtout à citer : la rougeur, l'empâtement, le gonflement de la région, en un mot les principaux symptômes d'un abcès pro-

fond. J'ajouterai la tension et la chaleur de la peau, et la fluctuation qui sera très profonde à cause de la masse musculaire considérable du deltoïde. Cette fluctuation sera parfois très difficile à percevoir et il ne faudra pas la confondre avec la fausse fluctuation que donnerait par exemple une tumeur blanche de l'articulation.

Si l'hygroma est d'origine furonculeuse, on devra trouver une traînée de lymphangite entre le furoncle et la partie au niveau de laquelle on trouve la fluctuation. Ces traînées seront peut-être peu nombreuses, peu saillantes, ce ne sera peut-être que quelques filets rougeâtres, mais néanmoins ils existeront infailliblement et un examen attentif permettra d'en reconnaître la présence.

A ces symptômes, on devra ajouter les commémoratifs et un interrogatoire long et détaillé, tant du début de l'affection que du siège bien précis de la douleur. On devra demander au malade si celle-ci est superficielle ou profonde, si elle est lancinante et depuis quand elle présente ce caractère. Il faudra aussi l'interroger sur ses accidents morbides et voir s'il n'existe pas en même temps quelque affection générale pouvant favoriser le développement de l'hygroma.

Si le pus est collecté en grande abondance et si on ne lui donne pas issue, on verra bientôt apparaître des symptômes généraux très graves, qui seront ceux de la pyoémie. La température aura bientôt atteint 39°; elle ira jusqu'à 40° et même 41° avec une légère deffervescence matinale. Le pouls sera rapide, le malade aura quelques petits frissons. Une diarrhée plus ou moins abondante se déclarera et sera accompagnée presque toujours de vomissements bilieux fréquents. On observera aussi quelques hémorrhagies et principalement des épistaxis. L'affection augmentant toujours de gravité, le malade tombera dans un abattement très pro-

noncé, dans un état typhique qui se terminera par le coma et la mort. Tels sont les symptômes que présentera l'hygroma aigu suppuré, si on le laisse arriver à sa dernière période et si un traitement curatif énergique ne vient l'arrêter dans sa marche.

CHAPITRE VI

Marche. — Durée. — Terminaison.

L'affection qui nous occupe est une affection à marche rapide. Sitôt que l'abcès aura commencé à se former, il tendra de suite à progresser et à s'étendre, et, si on n'intervient pas, les symptômes graves apparaîtront bientôt. L'affection durera tout au plus deux ou trois septenaires. On ne devra jamais s'attendre à voir le pus se résorber de lui-même et l'abcès disparaître spontanément; au contraire, il faudra toujours ouvrir la poche. Si l'on agit ainsi, on assistera bientôt à une guérison rapide et définitive. La convalescence sera très peu longue, et si on avait affaire à un malade fort et vigoureux, il pourra bientôt reprendre ses occupations habituelles. Mais si l'on a différé trop longtemps à intervenir, la maladie aura une issue funeste et la mort arrivera au bout d'une quinzaine de jours environ.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Un assez grand nombre d'affections de l'épaule peuvent être confondues avec l'hygroma aigu suppuré de la bourse sous-deltoïdienne. Je vais passer en revue les plus importantes en essayant de donner les éléments de diagnostic.

En première ligne, vient le rhumatisme aigu de l'articulation scapulo-humérale. Mais je ferai tout d'abord remarquer que le rhumatisme est une affection qui donne lieu à des manifestations multiples, occupant généralement plusieurs articulations à la fois et commençant par celles dont les mouvements sont les plus fréquents : le coude, le poignet, le genou ; il est rare que l'épaule soit prise dès le début. D'ailleurs, dans l'hygroma aigu suppuré la fièvre n'aura pas les mêmes caractères, la température sera plus élevée, le pouls plus fréquent. La peau sera rouge, tuméfiée ; elle ne présentera pas cette fluxion blanche, comme l'appelle Trousseau, qui est un des signes manifestes de l'affection

rhumatismale. De plus, on ne verra pas apparaître ces sueurs généralement très abondantes et empreintes d'une saveur aigre due à leur grande acidité, qui sont un des symptômes pathognomoniques du rhumatisme. On devra aussi ausculter le cœur ; si on n'entend pas le bruit de souffle au premier temps et à la pointe de l'insuffisance mitrale ; si, de plus, le salicylate de soude est sans action sur la fièvre et sur la douleur ; si enfin le malade ne présente aucun antécédent héréditaire, on devra évidemment éloigner l'idée de rhumatisme.

J'ai dit que le rhumatisme articulaire aigu habituellement ne débutait pas par l'articulation scapulo-humérale et ne s'y localisait pas uniquement. Toutefois, il est une forme de rhumatisme qui pourrait avoir ces caractères, je veux parler du rhumatisme blennorrhagique. On devra donc examiner avec soin l'appareil génito-urinaire du malade et voir s'il n'existe ni écoulement ni chancre. Et ici il faudra se méfier des réponses du malade, beaucoup essayant de cacher l'affection vénérienne dont ils sont porteurs. Il faudra presser d'arrière en avant ou plutôt de bas en haut tout le long du canal et par ce moyen on fera soudre une goutte de pus qu'une simple pression sur le gland n'eût point fait découvrir. Toutefois il ne faudra pas être trop exclusif et vouloir conclure quand même à un rhumatisme, parce que l'on aura trouvé une blennorrhagie, et l'on devra se rappeler que l'hygroma aigu suppuré et une blennorrhagie peuvent parfaitement exister en même temps chez un malade et que ces deux affections ne s'excluent nullement l'une l'autre.

Si, dans l'articulation atteinte de rhumatisme, il existe du liquide, ce qui a lieu habituellement, on aura de la fluctuation de même que dans l'hygroma. Comment alors reconnaître à quelle affection l'on a affaire? Là le diagnostic sera peut-être

un peu plus difficile qu'avec le rhumatisme sans hydarthrose. Mais la marche de la maladie n'a pas été du tout la même. Dans cette dernière, elle a été lente, silencieuse, tandis qu'au contraire, dans l'hygroma, elle a été rapide et bruyante. D'ailleurs, l'on aura toujours un signe de diagnostic certain dans la ponction pratiquée avec la seringue de Pravaz et l'on ne pourra pas confondre le liquide purulent de l'un avec la sérosité citrine de l'autre.

Le diagnostic différentiel avec l'arthrite aiguë sera à peu près le même que celui avec le rhumatisme articulaire. Mais le liquide de l'arthrite peut lui-même devenir purulent et apporter encore un trait de ressemblance de plus avec l'affection qui nous occupe, et par là une difficulté de plus pour le diagnostic. C'est ici surtout qu'il faudra bien examiner la marche de la maladie, si l'on veut en déterminer le genre et le siège. En effet, les arthrites suppurées ne se développent qu'avec une certaine lenteur. C'est toujours l'affaire de plusieurs semaines et l'on est souvent averti par les symptômes de l'arthrite aiguë sèche que l'on a reconnue dans une époque antérieure. Toutefois, il est des arthrites qui sont en quelque sorte suppurées d'emblée et dans lesquelles le pus se forme au bout de quatre à cinq jours. Ces cas sont très rares, et il faut noter que l'on a presque toujours affaire soit à une arthrite blennorrhagique, soit à une plaie pénétrante de l'articulation, cas dans lesquels le diagnostic sera assez facile. D'ailleurs, l'arthrite suppurée ne s'accompagne pas si tôt que l'hygroma aigu suppuré de symptômes alarmants.

Une dernière affection avec laquelle on devra faire le diagnostic différentiel est la périostite phelgmoneuse diffuse, encore appelée ostéïte épiphysaire ou des adolescents. Ici, en effet, nous retrouvons du gonflement de la région, de la fluctuation profonde, et une douleur qui, sourde au début, devient

ensuite très vive. Mais il est un caractère spécial de cette maladie, c'est, comme son nom l'indique, qu'elle se développe toujours chez des adolescents, de l'âge de dix-sept à dix-huit ans environ. Ce sera donc l'âge du malade qui servira ici de moyen de diagnostic. Je sais que l'on pourra m'objecter qu'il n'y a rien d'impossible à ce qu'un hygroma suppuré se développe chez un adolescent. Cela est vrai, mais je dois ajouter qu'une erreur serait ici peu à redouter, puisque le traitement des deux affections est à peu près identique : donner issue au pus. Le stylet et le doigt introduits dans la plaie pourront ensuite renseigner sur le caractère de la lésion, et l'état des os ainsi que des cartilages fera reconnaître si le pus s'est formé dans l'intérieur ou en dehors de l'articulation.

L'aspect de la région, sa tuméfaction, sa rougeur, et surtout la fluctuation profonde rendront facile le diagnostic avec la scapulalgie.

Chassaignac, dans son Traité sur la suppuration, donne longuement le diagnostic différentiel de l'hygroma suppuré et de l'abcès par congestion. Mais il décrit surtout des abcès siégeant vers la région trochantérienne ; ces abcès se montrent très rarement sous le deltoïde ; je m'abstiendrai donc d'en tracer les signes caractéristiques et ne les citerai que pour mémoire. D'ailleurs, s'ils existaient, ce serait dans le cas d'une altération quelconque de la tête humérale et alors ils seraient accompagnés d'autres symptômes qui les feraient reconnaître assez facilement.

CHAPITRE VIII

Complications.

La marche de l'hygroma aigu suppuré de la bourse sous-deltoïdienne, comme je l'ai déjà dit, est rapide ; le pus occupe bientôt un espace considérable et cet espace a de la tendance à devenir de plus en plus grand, la suppuration tendant toujours à s'accroître. Or, si on ne lui ouvre pas une issue, on se trouve bientôt en présence de complications qui peuvent devenir très graves.

Sortant de la bourse séreuse, le pus suivra les voies que lui offre le tissu cellulaire sous-deltoïdien, soit en arrière de l'épaule vers le sus et le sous-épineux, soit en avant du creux de l'aisselle sous les pectoraux, ainsi qu'il résulte de la disposition anatomique que j'ai donnée et des observations que j'ai citées. On ne tardera pas non plus, dans ce cas, à voir se déclarer des symptômes de pyoémie, complication qui fera courir au malade un grave danger.

Comme suite de l'hygroma suppuré, je citerai des altéra-

tions tant de l'articulation, des cartilages, de la synoviale, que du périoste ou de l'os lui-même, arthrite suppurée, périostite, ostéïte, ostéo-myélite. Ces complications sont très graves et elles peuvent amener la mort comme dans l'Observation II. De plus, lorsque l'issue est heureuse, elles donnent lieu à des fistules, dont la cicatrisation sera très difficile, et dont la suppuration sera longue et en quelque sorte intarissable.

Je mentionnerai encore les vastes décollements, les fusées purulentes que l'on observe presque toujours, ainsi que l'attestent les observations que j'ai pu recueillir.

La conséquence habituelle de l'hygroma suppuré de la bourse sous-deltoïdienne est de l'atrophie du deltoïde et de la gêne des mouvements de l'articulation scapulo-humérale. Quant à cette dernière, elle ne tarde pas à disparaître ; après quelques jours, les mouvements redeviennent faciles et normaux. En effet, aucune des parties essentielles constituant l'articulation n'a été lésée ; la capsule, la synoviale, les cartilages sont intacts, du moins ils doivent l'être, à moins de complications graves, et ils n'ont ressenti que quelques phénomènes de compression, qui disparaissent avec leur cause. L'atrophie deltoïdienne ne disparaît pas aussi facilement ni avec autant de rapidité, surtout lorsqu'elle est considérable. Il peut arriver que la mensuration de l'épaule malade donne plusieurs centimètres de moins que celle du côté sain. Ainsi, chez le malade qui fait le sujet de l'Observation I, la circonférence de l'épaule gauche était, à sa sortie de l'hôpital, inférieure de deux centimètres à celle du côté droit. Cette atrophie musculaire n'a rien qui doive nous surprendre ; en effet, on la remarque comme conséquence inévitable de toutes les affections ayant eu pour siège les articulations ou les parties qui les environnent. Mon ami et collègue, M. le

Dr Metge, dans sa thèse inaugurale, vient de démontrer, il y a quelques jours seulement, combien cette atrophie était considérable dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus et Duplay, après avoir exposé les différentes affections qui sont suivies d'atrophie musculaire, du côté de l'épaule, se résume en disant que ces déformations, ces atrophies sont lentes à disparaître et qu'elles sont même suivies de l'impossibilité relative des mouvements.

CHAPITRE IX

Pronostic

Le nombre des observations que j'ai recueillies est trop restreint pour me permettre d'établir une statistique et de donner la proportion de la mortalité causée par l'affection que j'étudie. Toutefois, je crois pouvoir affirmer que c'est une affection à pronostic grave. Ainsi, dans les quatre cas que je cite, on a eu à enregistrer deux décès. Mais je ferai remarquer que, dans l'un, on avait affaire à un malade abattu par une douleur morale profonde, et que, dans l'autre, on se trouvait en face d'un malade profondément alcoolique et qui, de plus, avait été débilité par de nombreux accès de fièvre intermittente. Si donc on avait eu affaire à des malades d'un tempérament vigoureux, comme dans les deux autres observations, il aurait pu arriver que, comme pour ceux-ci, on n'aurait pas eu d'issue funeste.

CHAPITRE X

Traitement.

D'après ce que j'ai dit jusqu'ici, on comprend aisément que le traitement devra être énergique.

On se trouve en face d'une poche qu'il faut ouvrir, en présence d'un foyer purulent qui tend à s'accroître et qu'il faut mettre en communication avec l'extérieur. Donc, que l'opérateur n'hésite pas à intervenir. C'est à son intervention que le malade devra peut-être la vie. Après avoir recherché avec soin le point où la fluctuation est le plus manifeste, et cet endroit est à peu près toujours le même, il devra y enfoncer franchement son bistouri. C'est avec une certaine joie, qu'après avoir senti vaincue la résistance offerte par la poche, il verra sourdre le long de la lame de son instrument un pus crémeux ou sanguinolent. Donc, incision et incision profonde.

Maintenant, où doit-on faire cette incision ? Evidemment là où la fluctuation sera la plus manifeste. Or, d'après la disposition anatomique elle-même, le pus sera surtout abondant à la partie antérieure : c'est donc là qu'il faudra faire l'incision. Mais, comme je l'ai déjà fait remarquer, il y aura deux écueils à éviter. Le premier, moins grave, est la veine céphalique. On se rappellera qu'elle est située dans l'espace celluleux compris entre le deltoïde et le grand pectoral et l'on se gardera ainsi de faire l'incision trop en dedans. Le second écueil est représenté par le nerf circonflexe et l'artère circonflexe postérieure. Ceux-ci contournent la face postérieure de l'humérus et sont situés à la partie inférieure de cette région, que j'ai décrite. On devra donc se garder d'inciser trop en bas et en dehors et la voie que devra suivre le bistouri sera représentée par une ligne située sur le bord interne du deltoïde et à la partie moyenne de ce bord interne. Au lieu du bistouri, on pourrait peut-être se servir de l'appareil aspirateur de Potain ou de Dieulafoy et d'une aiguille n° 2, mais je ferai remarquer que cette ponction et cette aspiration ne seront plus suffisantes. En effet, il faudra rendre facile la sortie du pus. Or, pour cela, il faudra introduire dans la plaie un ou plusieurs tubes à drainage. Comme il existe un vaste décollement sous le deltoïde, ces tubes devront avoir une certaine longueur ; ils devront aller en arrière de l'épaule en contournant l'humérus, soit en dedans, soit en dehors. De plus, avec du coton phéniqué et une bande de tarlatane, on exercera une compression assez forte au moyen d'un bandage en huit de chiffre, les anses faisant le tour du cou et du bras.

Maintenant, on peut se demander s'il faut injecter à l'intérieur de la poche un liquide désinfectant comme la solution phéniquée ou un liquide irritant comme la teinture d'iode.

C'est ce dernier traitement que préconise Jules Roux, dans une Note sur l'hydarthrose scapulo-humérale, traitée par l'injection iodée, note qui a paru dans les Mémoires de l'Académie de médecine de 1847. Je crois que dans le cas d'hygroma suppuré, il vaut mieux ne rien injecter ou du moins injecter avec peu de force afin de ne pas rompre les brides cicatricielles qui tendront très peu de temps après la sortie du pus à unir les parties superficielles aux parties profondes.

Le bras devra être immobile pendant les premiers jours qui suivront l'opération. Il sera donc indiqué de le placer dans une gouttière. Quant aux mouvements que l'on devra communiquer à l'articulation, lorsque la guérison sera déjà avancée, et que la suppuration commencera à se tarir, il faudra bien prendre garde de ne pas les faire trop rapidement et de leur donner trop d'ampleur, si l'on ne veut pas voir revenir la suppuration.

L'atrophie deltoïdienne qui suivra la guérison de l'hygroma sera traitée par l'hydrothérapie, les douches sur l'épaule, ou par l'électricité. Mais souvent l'exercice seul suffira à redonner au muscle sa vigueur et son volume primitifs.

Au commencement de l'affection, avant l'opération, on pourra recouvrir la partie malade avec un large cataplasme fortement laudanisé. Je conseillerai aussi les onctions avec la pommade mercurielle belladonée.

S'il existe une fistule comme complication ou plutôt comme conséquence de l'abcès hygromateux, on devra faire, dans ce trajet, des injections substitutives, principalement avec la teinture d'iode. Si la suppuration résiste à ce traitement et si elle ne tarit pas, on aura recours à deux moyens : soit, comme le conseille Chassaignac, « en faisant par une sorte de défoncement de la fistule une contre-ouverture pour l'instal-

lation d'une anse élastique; » soit, plus simplement, en introduisant une mèche au chlorure de zinc. Ce dernier moyen, outre qu'il est plus simple et moins douloureux, sera probablement celui qui aura le plus de chances de succès et ce sera lui que l'on devra préférer.

CONCLUSIONS

De l'exposé de ce court travail, je crois pouvoir conclure que :

1° L'hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne est une affection qui devient grave dans peu de temps, si on ne donne pas issue au pus.

2° Cette affection peut se développer à la suite d'un furoncle, et celui-ci pourra être regardé comme la cause de l'hygroma.

3° Il faudra donc apporter beaucoup de soins au traitement des furoncles se développant dans les régions voisines des bourses séreuses.

Vu la Thèse :

Le Président,
MASSE.

Vu, le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 avril 1887.

Le Recteur,
H. OUVRÉ.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD.